

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 125

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COEXISTENCE DU CANCER DOUBLE
DE L'OVAIRE
ET DU CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André FLAISSIER

Né le 30 Juillet 1880, à Nîmes (Gard)

Ancien Interne des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 425

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COEXISTENCE DU CANCER DOUBLE
DE L'OVAIRE
ET DU CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André FLAISSIER

Né le 30 Juillet 1880, à Nîmes (Gard)

Ancien Interne des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	}	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	}	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique	}	MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	}	COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie	}	LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch..
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BÉRIEL, ch..
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	BRETIN, ch..
TIXIER	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), *Président* ; VILLARD, *Assesseur* ;
MM. TIXIER et LAROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. le Professeur AUG. POLLOSSON

A MM. VILLARD, TIXIER, LAROYENNE

CHIRURGIENS DES HOPITAUX, PROFESSEURS AGRÉGÉS

*Qui nous font l'honneur de faire partie
du jury de notre thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COEXISTENCE DU CANCER DOUBLE
DE L'OVAIRE
ET DU CANCER DE L'ESTOMAC

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

L'étude des tumeurs malignes de l'ovaire est de date assez récente. Elles ne sont pourtant pas extrêmement rares. Dreyfus, dans sa thèse, en s'appuyant sur une statistique de 3.122 laparotomies, arrive aux résultats suivants : « Tout chirurgien intervenant pour une affection des annexes s'expose à rencontrer une fois sur dix laparotomies une tumeur maligne. » C'est donc là une affection relativement fréquente, et on est étonné, en ouvrant les traités classiques de gynécologie ou de chirurgie, de ne trouver que peu de renseignements sur leur histoire clinique ou sur leur anatomie pathologique. Nous limiterons ce travail aux seules tumeurs épithéliales de l'ovaire, qui coexistent avec un néoplasme du tube digestif en général et plus particulièrement de l'estomac. La coexistence des tumeurs ovariennes et gastriques est en effet des plus remar-

quables. Lockyer, sur 79 cas rassemblés par lui de cancer des deux ovaires, a rencontré 61 fois la coexistence d'un cancer de l'estomac, 10 fois celle d'un cancer intestinal, 1 fois celle d'un cancer des voies biliaires, 1 fois un cancer subrénal. Il y aurait donc sur 79 néoplasmes malins des ovaires, seulement 6 cancers isolés. F. Schlagenhauser, dans une statistique portant sur 82 observations de cancer des deux ovaires, trouve 54 fois la coexistence d'un cancer de l'estomac. Les interventions de plus en plus fréquentes dirigées contre le cancer gastrique viennent d'ailleurs pleinement confirmer ces données. C'est en effet dans les ovaires que les tumeurs gastriques opérées récidivent avec un maximum de fréquence. Leriche, sur 35 cas, voit 14 fois la récurrence se faire au niveau des annexes.

Faut-il invoquer le hasard? S'agit-il seulement de tumeurs malignes multiples développées chez un même individu? Ou bien, ce qui paraît plus vraisemblable, les deux tumeurs sont-elles sous la dépendance l'une de l'autre, la tumeur gastrique étant primitive, la tumeur ovarienne secondaire? Telle est la question qui se pose, grosse de conséquences au point de vue clinique. Dans ces conditions, en effet, la constatation d'une tumeur ovarienne maligne doit faire songer à la possibilité d'une tumeur primitive siégeant au niveau de l'estomac, et réciproquement au cours de l'évolution d'un cancer gastrique il faut surveiller et craindre la métastase ovarienne. De là, comme nous le verrons plus loin, des indications opératoires un peu spéciales.

En France, c'est à peine si la question est effleurée dans les thèses de Vigne ou de Marie Dolratvorsky ou dans les travaux plus récents de Dartigue, Leriche, Dreyfus. Les classiques d'ailleurs s'y arrêtent à peine. Pozzi, dans son traité, déclare que « la connaissance du carcinome ovarien est de date récente. Les carcinomes qui se généralisent le plus souvent à l'ovaire sont les carcinomes de l'utérus. On a publié également des observations de carcinomes métastatiques de l'estomac, de l'intestin et du sein. Ces généralisations ovariennes de carcinomes utérins ou extragénitaux constituent habituellement des trouvailles d'autopsie et de simples curiosités anatomiques ».

Pourtant des présentations sont faites, assez fréquentes et assez répétées, à la Société de chirurgie et à la Société d'anatomie de Paris, par Ozenne, Griffon, Leven, Lecornu, Lannelongue, Picqué, Hartmann. Mais jamais la question n'est discutée à fond. Une fois seulement elle est franchement posée par Quenu à propos d'une observation de Le Dentu. Il s'agit d'une malade opérée d'une tumeur intestinale et qui succombe trois ans après avec des tumeurs ovariennes bilatérales. Quenu pose les questions suivantes :

1° L'une des tumeurs est-elle secondaire ou y a-t-il seulement deux tumeurs malignes qui se sont succédé ?

2° S'il s'agit de métastase, quelle est celle des deux tumeurs qui doit être considérée comme primitive ?

Il conclut d'ailleurs en admettant que les épithéliums secondaires des ovaires ne sont pas fréquents : « J'en ai observé deux exemples seulement à la suite d'un cancer de l'estomac. »

A la Société de chirurgie de Lyon, M. Goullioud, en 1907, en a présenté sept observations et a apporté, au sujet de la question, des réflexions personnelles. Depuis, de nouvelles observations ont été présentées par MM. Laroyenne et Bosquette et tout récemment par M. le professeur agrégé Tixier. Dans aucun de ces cas ces différents auteurs n'ont pu affirmer avec certitude la véritable nature de la tumeur ovarienne.

En Allemagne, au contraire, la question semble être à l'ordre du jour. Elle est fréquemment discutée et, comme nous l'avons vu, des statistiques nombreuses sont publiées.

Ce furent Poltauf et Bode qui, en 1894 et 1895, paraissent avoir les premiers attiré l'attention sur la coexistence fréquente des tumeurs ovariennes avec d'autres tumeurs viscérales. Krukenberg, en 1899, donne de ces tumeurs une description anatomo-pathologique remarquable au point que, en Allemagne, son nom est resté attaché aux tumeurs de ce type qui sont couramment désignées sous le nom de « Tumeurs de Krukenberg. » — « Ces tumeurs sont toujours bilatérales, semblent avoir une croissance lente, l'ovaire entier est atteint, il est irrégulièrement bosselé, sa consistance est ferme, ce sont des tumeurs solides, bien que par exception elles puissent contenir des kystes. Microscopiquement, elles sont caractérisées par un stroma conjonctif abondant. Dans les mailles et les fentes de ce tissu, on trouve par amas irréguliers des cellules rondes, volumineuses, vésiculeuses parfois avec un noyau rejeté à la périphérie. Par endroits, on voit des cellules rondes plus petites et de nombreuses

formes de transitions. » Pour lui, les tumeurs sont presque toujours secondaires, il les groupe sous les noms de carcinome fibreux ou myxo-sarcome.

Toutefois, c'est Kraus qui le premier admit et affirma l'origine métastatique du carcinome ovarien, qu'il décrivit sous le nom de carcinome squirreux de l'ovaire. La pathogénie de l'affection l'intéresse, il recherche quelle voie empruntent les éléments cancéreux pour venir se greffer sur l'ovaire, et pourquoi cet organe est envahi de préférence à tout autre organe abdominal ? Polono exécute même à ce sujet des recherches expérimentales.

Schlagenhauser, dans un article important paru en 1902 et basé sur l'étude de 82 observations, arrive aux résultats suivants. « Les carcinomes ovariens bilatéraux sont toujours secondaires. Les cas où on n'a pas trouvé de tumeur primitive sont des cas mal observés. De plus, la tumeur secondaire reproduit toujours dans une certaine mesure le type de la tumeur primitive. »

Romer Glokner Wagner Schauta rapportent de nombreuses observations et arrivent, à peu de choses près aux mêmes conclusions que Schlagenhauser.

Cependant, ces dernières années, quelques auteurs s'élèvent contre l'opinion généralement admise. Sterberg, en 1907, Bircher en 1908 admettent difficilement l'origine métastatique de la tumeur ovarienne. Les raisons qu'ils invoquent et que nous discuterons plus loin sont d'inégales valeurs : Ils se basent sur l'éloignement des deux tumeurs, sur l'indépendance physiologique des deux organes sur lesquels elles se greffent, sur le temps souvent considérable qui sépare parfois

l'apparition des deux néoplasmes gastriques et ovariens, enfin sur l'examen hislogique qui est loin d'être toujours concordant. Bircher surtout insiste sur ce dernier point, il s'appuie sur les observations publiées par M. Goullioud, et n'admet qu'avec la plus extrême réserve l'origine métastatique du carcinome ovarien.

Tel est le problème, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'attirer l'attention sur cette question encore controversée. Nous rapporterons tout d'abord quelques-unes des observations détaillées que nous avons pu rassembler dans la littérature et verrons ensuite à quelles conclusions nous aboutissons.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902, p. 487.)

Antonie Z..., trente et un ans, entre le 15 novembre 1899. Début de l'affection il y a trois ans. Depuis six mois, pertes rouges et douleurs dans le bas-ventre. Depuis quatre semaines, œdème des membres inférieurs.

Pas de température. Rien aux poumons. Pas d'albumine.

Dans l'abdomen on sent deux tumeurs volumineuses, mobiles, très dures et non douloureuses. Au toucher elles paraissent dépendre de l'utérus mobile et agrandi.

Vomissements fréquents. Perte de l'appétit et amaigrissement. Mort le 17 janvier 1900.

Diagnostic clinique. — Tumeurs abdominales.

A l'autopsie. — Carcinome infiltré de l'estomac avec métastases dans le péritoine, les deux ovaires. Ascite hémorragique.

Les deux ovaires sont également augmentés de volume, leur surface est bosselée. A la coupe, ils sont composés d'un tissu blanc très dense.

L'estomac, dans toute son étendue, est infiltré d'une masse néoplasique.

Histologie. — Sa paroi gastrique est fortement épaissie. Cet épaississement porte surtout sur la musculuse et la sous-muqueuse. Les glandes sont souvent normales. Par endroit on voit des amas irréguliers de cellules volumineuses

avec un protoplasma finement granuleux et de nombreuses vacuoles, entre elles des petites cellules fortement colorées et des leucocytes. Dans la sous-muqueuse, on voit une substance fondamentale fibrillaire abondante au milieu des faisceaux qui la composent, on voit des petites cellules à protoplasma peu abondant et à noyau fortement coloré. Quelquefois les cellules deviennent si nombreuses que la substance fondamentale disparaît en partie. Leur forme est variable. Cette extrême diversité paraît due à la pression exercée sur les cellules par les fibrilles voisines.

Les deux ovaires sont identiques. Sur les coupes on n'aperçoit pas de formations folliculaires. Leur tissu de texture lâche ou dense est composé de cellules fusiformes. A un fort grossissement on aperçoit des cellules rondes, polygonales ou allongées ressemblant alors aux précédentes. Par endroit on aperçoit des dispositions rappelant les formations glandulaires. En aucun point la tumeur ne prend l'aspect alvéolaire.

OBSERVATION II

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902, p. 489.)

Barbara W..., trente-sept ans. Entrée le 1^{er} septembre 1898.

Malade souffre depuis six semaines. Douleurs abdominales violentes avec vomissements et diarrhée intermittente. La malade est fébricitante, pâle, dyspnéique, la rate est grosse, l'abdomen ballonné, douloureux, est impossible à palper. Ascite douteuse.

Diagnostic clinique. — Péritonite tuberculeuse.

Autopsie. — Carcinome de l'estomac. Tumeur double des ovaires. Quelques noyaux de généralisation sur le péritoine. Ascite.

L'examen histologique donne des résultats analogues à ceux du cas précédent.

OBSERVATION III

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902, p. 489.)

Thérèse M..., trente-sept ans, entrée le 11 octobre 1898. Opérée quelques semaines auparavant pour un sarcome de l'ovaire. Cachexie avancée. Morte le 29 décembre.

La première observation qui m'a été communiquée est la suivante :

Bonne santé habituelle. Souffre légèrement dans le ventre et se croit enceinte.

Etat actuel. — Femme pâle de taille moyenne avec un mauvais état général. Organes thoraciques sains.

Au toucher, utérus maintenu en rétroversion par une tumeur dure développée dans le petit bassin. A gauche, hydrosalpinx avec tumeur de l'ovaire.

Laparotomie le 11 octobre, ablation des deux ovaires.

La malade sort le 29 en pleine convalescence.

L'examen histologique des deux tumeurs ovariennes donna comme résultat : sarcome de l'ovaire. Fibrome utérin.

Morte le 29 décembre 1898.

A l'autopsie. — Carcinome de l'estomac. Métastases dans le foie, sur le péritoine, sur le péricarde. Les deux ovaires manquent.

Histologiquement on voit les tuniques gastriques infiltrées dans toute leur épaisseur par des cellules rondes polymorphes. Dans les points où la couche glandulaire est intacte, on aperçoit, à la base de celle-ci, des proliférations cellulaires irrégulières et isolées affectant, en certains points, la forme d'acinis.

OBSERVATION IV

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902, p. 489.)

Caccilia R., cinquante-six ans, entrée le 23 janvier 1900. Malade laparotomisée en octobre de l'année précédente pour un carcinome des deux ovaires. Elle entre à nouveau à l'hôpital pour des douleurs gastriques.

La malade est pâle, apyrétique, le pouls est petit et fréquent, ascite abondante.

On est obligé de ponctionner deux fois dans les mois suivants la malade dont l'ascite se reproduit avec rapidité.

Morte le 4 mai 1909.

Diagnostic anatomo-pathologique. — Infiltration carcinomateuse de l'estomac, du péricarde, du péritoine pariétal. Les deux ovaires font défaut.

OBSERVATION V

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902.)

M. J..., vingt ans, entrée le 12 janvier 1900.

Jusqu'à dix-huit ans, santé parfaite.

Le début de l'affection se fit par des vomissements et la malade traitée comme une gastropathe. Amaigrissement considérable, 26 kilogrammes. Les vomissements se répétèrent et la malade entre à l'hôpital.

L'abdomen se distend. L'appétit est conservé. Les fonctions intestinales se font mal; alternatives de diarrhée et de constipation. Jamais d'hématémèse.

Apparition des règles à seize ans. Régulièrement tous les mois. Depuis treize mois aménorrhée.

Actuellement la malade est très amaigrie. Ascite légère. Rien aux poumons.

L'estomac est dilaté.

Le toucher est difficile à pratiquer. On sent pourtant un

utérus atrophie avec d'un côté une résistance mal déterminée.

Diagnostic. — Tuberculose du péritoine et des annexes. Dilatation de l'estomac. Peut-être tumeur du pylore.

Laparotomie le 12 janvier 1900. — On évacue une ascite séreuse assez abondante. Sur la région pylorique on aperçoit une tumeur du volume du poing irrégulièrement bosselée. Nombreuses métastases sur la séreuse péritonéale. Dans les deux ovaires on trouve aussi de volumineuses métastases. L'ovaire droit a le volume d'un œuf de poule. Extirpation des deux annexes.

Deuxième opération le 19 janvier.

Etant donné les généralisations de la tumeur gastrique sur le péritoine voisin, on pratique une gastro-entéro-anastomose.

Suites opératoires simples. La malade reprend rapidement du poids, 12 kilogrammes en quelques jours.

Après trois semaines la malade repart chez elle.

Les tumeurs ovariennes sont fermes au toucher. A la coupe, elles paraissent légèrement œdémateuses. A la partie inférieure de l'ovaire gauche, on aperçoit quelque noyaux kystiques.

L'examen histologique donne les résultats suivants : On aperçoit encore quelques follicules normaux. La tumeur est composée d'un tissu conjonctif, tantôt dense, tantôt lâche. Dans ses mailles on aperçoit des éléments épithéliaux affectant quelquefois le type glandulaire. Dans les mailles les plus étroites on voit des cellules isolées, arrondies avec un noyau situé à la périphérie et un protoplasma coloré en bleu. En d'autres endroits ces cellules sont disposées en amas.

OBSERVATION VI

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902, p. 491.)

A. M..., trente-cinq ans, entrée le 11 janvier 1901.

Depuis quelque temps la malade a de la dyspnée et des palpitations.

Meurt avec de la cyanose.

Diagnostic clinique. — Asystolie.

Autopsie. — Carcinome de l'estomac, avec métastase dans les poumons et les plèvres. Métastases dans les deux ovaires. Dilatation du cœur droit.

L'ovaire gauche est volumineux. Sa surface est peu altérée. On aperçoit encore un corps jaune. Toute la substance ovarienne est transformée en une masse compacte, homogène, blanchâtre à la périphérie, grisâtre au centre.

L'ovaire droit est semblable au précédent, sur sa surface on aperçoit encore trois corps jaunes.

Histologiquement : La tumeur gastrique est un adénocarcinome avec dégénérescence muqueuse. Les ovaires montrent par endroit une structure parfaitement normale avec des follicules nombreux.

En d'autres points, on trouve le tissu néoplasique reproduisant assez exactement le type de la tumeur gastrique.

OBSERVATION VII

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902, p. 492.)

T. M..., âgée de vingt-quatre ans, entrée le 16 septembre 1902. Depuis avril 1902 la malade a une sensation de pesanteur dans l'abdomen qui est fortement ballonné. Depuis treize mois arrêt des règles, vomissements continuels.

Etat actuel. — Malade cachectique, d'apparence chétive. Cœur et poumons normaux. Dans le petit bassin on sent deux tumeurs volumineuses, dures, mobiles. Ganglions inguinaux volumineux.

31 août. — Laparotomie. On trouve deux tumeurs ovariennes volumineuses. Hystérectomie subtotale.

Guérison rapide. Amélioration de l'état général. Puis apparition de vomissements répétés. Ascite. On pense à un

carcinome de l'estomac, bien qu'il soit impossible de rien sentir par la palpation.

Mort le 19 décembre.

Autopsie. — Ascite séreuse claire : 3 litres. Tout le péritoine est recouvert d'exsudats fibrineux. Les anses intestinales sont soudées entre elles par ces exsudats.

L'estomac est petit, affecte la forme d'un sablier par suite de la rétraction cicatricielle de sa paroi postérieure. Dans la région de la petite courbure, à deux travers de doigts du pylore une perte de substance arrondie, dont le fond est lisse et dur et la paroi infiltrée. Le fond de l'ulcération se confond avec le tissu pancréatique.

Structure histologique des tumeurs ovariennes. — Le tissu ovarien normal est complètement étouffé par les tissus néoformés. Dans les mailles de ce tissu conjonctif on aperçoit des cavités de différente tailles, affectant parfois une disposition kystique. Les parois sont revêtues d'un épithélium cylindrique plus ou moins haut. Ces cellules présentent une dégénérescence muqueuse et encombrent parfois la lumière de la cavité.

Structure histologique de la tumeur gastrique, adénocarcinome, myxœmateux typique, avec infiltration carcinomateuse de la sous-muqueuse et de la couche musculaire, et de la séreuse.

OBSERVATION VIII

(Schlagenhauser, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1902, p. 493.)

Elise K..., vingt-sept ans, entrée le 9 septembre 1901.

Depuis cinq semaines, la malade constatait que son ventre grossissait. Elle croyait être enceinte et c'est à cause de cela qu'elle vint consulter.

Appétit diminué. Pas de douleurs gastriques.

Etat actuel. — On sent dans l'abdomen une tumeur

dure, bosselée, semblant prendre naissance dans le petit bassin. Ganglions inguinaux volumineux. Ascite.

Par le toucher, on sent dans le petit bassin une tumeur du volume d'une tête fœtale indépendante de l'utérus qui est mobile.

14 et 15 octobre. — Vomissements répétés et agitation.

22 octobre. — *Laparotomie*. On évacue 6 à 7 litres d'un liquide ascitique clair et citrin. On enlève les deux trompes et les deux tumeurs ovariennes. La tumeur gauche pèse 1.580 grammes, la tumeur droite 560.

Après l'intervention, vomissements répétés et fréquents qui se répètent plusieurs fois par la suite.

La malade, très amaigrie, meurt le 3 novembre 1901.

Autopsie. — Estomac dilaté. Sur la grande courbure, à deux travers de doigt au-dessus du pylore, une perte de substance de la grosseur d'une pièce de 5 centimes dont le fond, irrégulièrement bosselé, et les bords, durs au toucher, sont fortement infiltrés. Le pancréas adhère intimement à la paroi gastrique.

Histologie. — *Estomac* : Adéno-carcinome avec dégénérescence myxœmateuse.

Ovaires : Schéma singulier contenant dans ses mailles des cellules épithéliales qui, par endroit, ont subi la dégénérescence muqueuse.

OBSERVATION IX

Tumeurs épithéliales des ovaires consécutives à un cancer de l'estomac
(Souligoux et Deschamp, *Société anatomique de Paris*, 1901.)

Malade de trente-six ans ayant une affection abdominale datant de six mois environ. Cette affection fut caractérisée par l'apparition rapide d'une ascite à répétition avec cachexie précoce.

Opération le 6 avril 1901 par MM. Souligoux et Deschamp. L'abdomen ouvert, il s'échappe une grande quantité de liquide ascitique de la couleur du petit lait.

Péritoine pariétal épaissi, induré, injecté; il est, en outre, de même que le viscéral, recouvert d'un exsudat blanchâtre avec des granulations aplaties de la même couleur.

On enlève alors une tumeur développée dans l'ovaire droit de la grosseur des deux poings, dure, pédiculée.

Puis on enlève l'ovaire gauche qui a le volume d'un abricot et qui est également dur et bosselé. Le tissu cellulaire du bassin semble induré, épaissi.

La paroi est refermée; les suites immédiates sont satisfaisantes. La malade semble devoir guérir de son intervention quand brusquement cinq jours après, elle meurt subitement avec des phénomènes dyspnéiques, sans doute par embolie.

L'autopsie montra ce que la laparotomie avait déjà montré, c'est-à-dire la généralisation à tout le péritoine, tant pariétal que viscéral. En outre, la paroi stomacale était indurée et épaisse au niveau de la grande courbure. Il y avait manifestement là une masse néoplasique.

L'examen histologique des tumeurs ovariennes, pratiqué par M. Milian, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique. Il faut donc admettre que la tumeur primitive fut la tumeur stomacale, qui passa inaperçue pendant la vie, et se généralisa ensuite au péritoine.

OBSERVATION X

(Laroyenne et Bosquette, *Lyon médical*, p. 714.)

Femme, trente-six ans, trois enfants. Rien de particulier dans ses antécédents.

Réglée à dix-huit ans régulièrement. Pertes blanches pendant la dernière grossesse.

Il y a trois mois, apparition des symptômes généraux, puis des douleurs s'installent dans la région lombaire et dans la région hypogastrique médiane. Ces douleurs ont augmenté progressivement en même temps que le ventre

se distendait. Des pertes tantôt sanguines, tantôt blanchâtres, avec de temps à autre quelques caillots.

La malade entre à la Charité le 5 mars 1908 avec un facies grippé, un amaigrissement considérable, une température de 38 et un pouls à 124.

Le ventre est ballonné à l'extrême. Au toucher, col fermé, utérus dur. Rien de net dans les culs-de-sac.

14 mars. — Ventre toujours très ballonné; la malade vomit quoique la température soit tombée. Au toucher, on ne sent qu'un peu d'empatement dans les culs-de-sac, sans masse saillante.

Le palper de l'abdomen est rendu impossible par le ballonnement. On pense à des manifestations de pelvi-péritonite.

18 mars. — Le Dr Laroyenne pratique une laparotomie exploratrice. A l'incision de la gaine, issue d'un liquide ascitique libre dans le péritoine. On place une valve et on aperçoit de chaque côté de l'utérus deux masses néoplasiques grosses comme le poing, complètement fixées et adhérentes. On referme rapidement. L'opération ne dure que quelques minutes.

20 mars. — La malade meurt très dyspnéique.

Autopsie trente-quatre heures après la mort.

Néoplasme des deux ovaires. — Chaque ovaire, gros comme le poing, est bosselé par des petites masses arrondies. Adhérence marquée des ovaires à la paroi pelvienne. L'ablation eut été, semble-t-il, possible, quoique difficile, si l'état général l'eût permis.

Néoplasme du pylore. — En apparence primitif. Induration annulaire du centre pylorique faisant tout le tour de la lumière du pylore et large de 3 centimètres. Parois très dures, épaisses de 5 à 8 millimètres. Pas d'ulcération de la muqueuse.

Induration marquée du pancréas qui semble hypertrophié et induré quant à son tissu propre, en même temps que noyé dans une masse d'adhérences néoplasiques.

Néoplasme secondaire du foie. — Taches de bougie à la surface. Noyaux secondaires multiples.

Examen histologique pratiqué par M. le Dr Beriel.

Ovaire. — Tissu complètement transformé. Dans une substance fibrillaire pauvre contenant quelques fibres musculaires se voient d'énormes alvéoles carcinomateux, bourrés d'éléments épithéliaux. Ceux-ci tous au contact sont des cellules volumineuses à polylasma granuleux et transparent.

C'est un épithélioma ovarien à cellules claires.

Ganglion mésentérique. — Il est complètement envahi par des amas arrondis de cellules claires, absolument comparables à celles trouvées dans l'ovaire.

Foie. — Ici, même envahissement par les mêmes éléments. Le fragment amputé est presque en entier transformé en des masses cancéreuses.

Pancréas. — Sur les coupes pancréas schématisées avec des lames fibreuses annulaires et ça et là quelques alvéoles comblées des mêmes cellules cancéreuses toujours claires, volumineuses et globuleuses.

Pylore. — Ici existent des néoformations alvéolaires typiques pénétrant dans toutes les tuniques jusqu'au péritoine. C'est un épithélioma typique de la muqueuse gastrique. Il a comme caractère se rapprochant de la tumeur ovarienne la tendance des cellules à devenir volumineuses et à se charger de substance colloïde qui remplit aussi la lumière des centres glandulaires néoformés. Cependant ce cancer est de type assez nettement tranché pour qu'on soit assuré qu'il est différent du néoplasme ovarien et de ses généralisations ci-dessus rappelés.

OBSERVATION XI

(Max Tixier, *Lyon Médical* 1909, p. 502.)

Gastrectomie datant de deux ans et demi. Apparition chez la malade d'un cancer bilatéral des ovaires et d'un cancer du sein. Castration totale et amputation du sein. Guérison.

En 1906, la malade entre à Saint-Paul avec des hématoméses abondantes. D'urgence on pratique une gastro-entéro-anastomose. Au cours de l'intervention, on reconnaît un cancer de la région pylorique. Quelques jours après la première intervention, on pratique une nouvelle laparotomie et on pratique l'ablation de cette volumineuse tumeur.

Pendant deux ans et huit mois, la malade alla parfaitement bien. Au mois de novembre 1908, elle présenta des troubles digestifs et rentra à nouveau dans le service. A l'examen, on trouve dans le petit bassin deux masses de consistance dure, du volume du poing environ. Sans nul doute, il s'agit de tumeurs ovariennes bilatérales. Explorant ensuite son sein droit, on reconnaît l'existence d'une très petite généralisation cancéreuse à ce niveau.

Intervention pratiquée quelques jours après.

a) *Castration totale.* — Il s'agit bien d'un cancer bilatéral de l'ovaire sans envahissement ni des trompes, ni de l'utérus.

b) *Amputation du sein.*

Examen histologique. — Praticqué par M. Paviot. Examen comparatif des coupes de la tumeur gastrique, des ovaires et de la tumeur du sein montre que l'on a affaire à deux sortes de tumeurs différentes.

Tumeur gastrique. — Elle présente une ulcération de la muqueuse avec infiltration diffuse de la sous-muqueuse et de la musculuse, par des éléments atypiques, forme rappelant la limite plastique. En certains endroits, les cellules constituent des amas au milieu desquels on trouve de

véritables tubes tapissés d'une assise de cellules cubiques, certainement d'origine gastrique.

Tumeur ovarienne. — Constituée uniquement par de grosses cellules, rondes, claires, d'aspect hyalin, ne présentant pas de colorations, et dont le noyau est rejeté dans un coin de la cellule, bien différente des cellules de la tumeur gastrique. Elles rappellent absolument le type d'épithélioma primitif de l'ovaire à cellules claires.

Tumeur du sein. Cellules claires, hyalines, de grandes dimensions. Elle doit être considérée comme une métastase de la tumeur ovarienne.

En somme, cancer de l'estomac à forme de limite plastique, cancer de l'ovaire à cellules claires, métastase de la tumeur de l'ovaire dans le sein.

OBSERVATION XII

(Wagner, in Wiener klinich. Vochenschrift.)

Malade âgée de soixante-neuf ans. Repasseuse. Entre à l'hôpital en janvier 1902 dans un état grave. Affection actuelle remontait à trois mois et se caractérisait par des vomissements fréquents, de la perte des forces, de l'anémie. La malade meurt dans la soirée avant d'avoir pu être examinée.

Autopsie. — Adhérences péritonéales nombreuses. Le grand épiploon est fixé à la symphyse et au fond utérin.

Rien de bien particulier aux poumons, au cœur, à la rate.

Le rein gauche est normal. Le rein droit présente à la coupe des calices agrandis et un bassinet rempli d'une urine trouble. Les pyramides sont aplaties, la substance corticale diminuée.

L'estomac dans sa portion pylorique est épaissi. Le grand épiploon dans son voisinage est transformé en une masse néoplasique. Sur le petit épiploon, au voisinage de la petite courbure, on aperçoit également de petites nodosités comme à la surface du péritoine pariétal.

Après ouverture de l'estomac, on voit que l'épaississement porte sur la musculuse et la muqueuse. Cette dernière adhérente aux plans profonds se distingue mal de la sous-muqueuse. Sur la grande courbure, au voisinage du pylore, on aperçoit une ulcération cratériforme aux bords de laquelle la muqueuse infiltrée adhère intimément.

Dans le petit bassin, on aperçoit deux tumeurs de la grosseur du poing, développées aux dépens des ovaires. Entre les deux un utérus fibromateux de petit volume.

Les deux tumeurs ovariennes adhèrent plus ou moins intimément aux organes du voisinage. Leur consistance est ferme, sur la coupe leur aspect est grisâtre, rosé par endroit.

Le diagnostic peut donc se poser ainsi : Carcinome squirreux du pylore. Carcinome secondaire du péritoine pariétal. Fibrosarcome des ovaires.

Examen histologique. — Tumeur ovarienne : Les couches profondes sont riches en cellules, tandis que sa périphérie est formée presque uniquement de bandes de tissus conjonctifs qui, accompagnés de vaisseaux, s'enfoncent dans l'intérieur de la tumeur. Les fentes qui séparent ces bandelettes sont comblées par un tissu plus lâche à larges mailles.

Irrégulièrement répandues au milieu de ce tissu, on aperçoit deux espèces de cellules. Les unes à protoplasma peu coloré, difficilement visibles, vacuolaires, les autres pourvues d'un protoplasma sombre prennent bien les colorants.

Par endroit pourtant les cellules affectent des formations rappelant celle des acinis glandulaires.

Tumeur gastrique. — Traînées cellulaires abondantes, séparées les unes des autres par des brides fibreuses. Les cellules de formes différentes arrondies ou polygonales présentent un protoplasma dont la coloration varie. Il est parfois vacuolaire et ici, comme pour la tumeur ovarienne, le noyau se trouve rejeté à la périphérie.

On est donc en présence d'un squirre dont les cellules semblent par endroit subir la dégénérescence gélatineuse.

Cette tumeur a essaimé sur le péritoine pariétal et viscéral, sur le grand et le petit épiploon, sur les voies lymphatiques des tumeurs ayant une structure semblable.

Les tumeurs des ovaires montrent d'ailleurs une structure analogue. Dans les deux tumeurs gastrique et ovarienne on trouve des formations glandulaires identiques avec des cellules semblables, présentant de la dégénérescence gélatineuse. Il est vrai que le développement du tissu fibrillaire est moins dense au sein de la tumeur ovarienne que dans la tumeur gastrique. Cette différence doit sans doute être imputée à la différence de structure présentée par les deux organes.

Les recherches histologiques nous conduisent donc à considérer la tumeur ovarienne comme une métastase de la tumeur gastrique.

OBSERVATION XIII

(M. Goullioud, in *Lyon Médical*, 1907.)

1^o Rétrécissements multiples tuberculeux de l'intestin. Double anastomose; 2^o Cancer du pylore. Pylorectomie; 3^o Cancer de l'ovaire. Ovariectomie. Survie de dix-huit mois après pylorectomie.

M. Ch..., âgée de trente-cinq ans, entre à l'Hôpital Saint-Joseph le 14 avril 1902. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

A l'âge de quatorze ans, maladie grave avec vomissements, météorisme, alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis cet épisode aigu, elle continuait à souffrir d'une façon à peu près continue. A l'examen, le diagnostic de rétrécissements multiples de l'intestin avec dilatation intermédiaire fut très facile à poser. Intervention pratiquée le 26 avril 1902, consista dans une laparotomie suivie de deux entéro-anastomoses.

Deux ans après, la malade rentre à l'Hôpital avec un

tableau clinique tout différent. Il ne s'agissait plus de symptômes intestinaux, mais de symptômes gastriques : anorexie, éructation et régurgitations, digestions lentes, vomissements bilieux assez fréquents. Amaigrissement marqué : 10 kilogrammes. Au niveau de l'épigastre, on sentait une induration de la grosseur d'une amande, profonde et indolore. L'insufflation de l'estomac permit de conclure, d'une façon ferme en faveur de la sténose pylorique. L'intervention, pratiquée le 12 juillet 1904, permit de constater l'existence d'un cancer du pylore encore assez limité et qui fut justiciable de la pylorectomie.

Examen anatomo-pathologique. — Macroscopiquement la pièce enlevée était formée par le pylore, une portion de l'estomac, large de quatre doigts et une partie du duodenum ; au tout était rattachée une portion de l'épiploon gastro-colique comprenant quelques ganglions envahis.

La surface extérieure ne présentait rien de particulier. Le pylore était occupé par une masse indurée circonscrivant tout le pourtour de l'orifice et donnant l'impression d'un squirre annulaire. Tout près de l'orifice pylorique existait une ulcération de la largeur d'une pièce de 1 franc, peu profonde, à bords non taillés à pic et se continuant insensiblement avec la muqueuse ; le fond est un peu rouge sans dépôt d'aucune sorte. Cette ulcération arrive au contact de la tumeur. Le pylore semble constitué par un épaississement très marqué de la paroi. Le tissu qui le constitue est ligneux, sa surface de section a la coloration blanc jaunâtre habituelle aux tumeurs squirreuses du pylore.

Au duodénum rien de particulier.

L'examen histologique fait par M. Merieux, permet de porter le diagnostic « d'épithélioma métatypique largement et profondément infiltré avec métastase ganglionnaire évidente ».

Les suites opératoires furent simples :

La malade rentre à l'Hôpital le 3 avril 1905, c'est-à-dire

un an après pour une tumeur abdominale. Son histoire, à part quelques malaises généraux était négative. Mais au toucher vaginal on trouvait une tumeur de l'ovaire droit.

Laparotomie pratiquée quelques jours après. On trouve à droite une masse fibrokystique volumineuse. A gauche, les annexes sont d'apparence scléro-kystique. Hystérectomie totale.

Examen anatomo-pathologique. — Kyste de l'ovaire d'aspect malin sans coque extérieure, sans pédicule. Du côté gauche, petit point suspect de dégénérescence ovarienne.

Examen histologique. — La constitution de la tumeur paraît pouvoir appartenir aussi bien à un néoplasme primitif de l'intestin généralisé à l'ovaire qu'à un néoplasme primitif de l'ovaire.

Suites opératoires simples.

La malade est morte en décembre 1907 avec de l'ascite.

OBSERVATION XIV

(M. Goullioud *Lyon Médical*, 1907).

Cancer du pylore. — Induration néoplasique de l'ombilic.

Cancer des deux ovaires. — Pas d'intervention.

M. A..., ménagère, quarante-cinq ans.

La malade entre à l'hôpital le 14 avril 1906 pour des troubles gastriques. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à dix-sept ans, régulièrement. Six enfants.

Depuis longtemps déjà elle présente des troubles gastriques. Cinq ou six heures après l'ingestion des aliments, elle a des douleurs vives, calmées par les vomissements. En même temps, renvois acides, soif continuelle.

Par contre, ni hématurie ni mélénas, pas de diminution de l'appétit.

A l'entrée, état général mauvais.

Sur l'abdomen, on trouvait des granulations petites qui avaient l'aspect de granulations néoplasiques.

La région épigastrique présentait une voussure légère, donnant une sensation de résistance comme si l'estomac était contracté à ce niveau. Du côté de la région pylorique, mais très haut situé, presque sous les fausses côtes, on sentait une petite masse, aplatie, légèrement mobile, peu douloureuse. Une troisième petite masse dure, lobulée, non adhérente, siégeait au niveau du sein gauche. Enfin, on sentait, remontant jusqu'à l'ombilic, une masse kystique fluctuante. Au niveau de la cicatrice ombilicale existe un noyau de consistance indurée, ligneuse.

Au toucher, l'utérus est petit. De chaque côté on trouve des ovaires hypertrophiés.

Diagnostic. — Cancer de l'estomac généralisé et kystes des deux ovaires. Mort survenue le 1^{er} juin 1906.

Autopsie. — Cancer du pylore, dégénérescence kystique des deux ovaires.

Le pylore était fortement adhérent aux organes voisins. Une fois libéré et ouvert, on voyait la région pylorique occupée par une ulcération circulaire, lisse, peu végétante, limitée du côté de l'estomac par un bourrelet saillant et s'arrêtant à la limite du pylore du côté du duodénum. A la coupe, on a l'aspect habituel.

Les deux ovaires étaient dégénérés : le gauche atteignait le volume d'une tête d'enfant, le droit celui d'une tête de fœtus. Sa surface extérieure était lisse, non adhérente. La séreuse était intacte, en apparence du moins. Toutefois, l'aspect à la coupe est bien celui d'une tumeur maligne.

Le foie renferme de nombreux noyaux de dégénérescence.

Examen histologique. — Cancer atypique siégeant au niveau de la couche musculaire du pylore avec noyaux métastatiques de même nature au niveau du foie et des ganglions du mésentère. Cancer type des ovaires sans relation avec le cancer du pylore.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De la double localisation gastrique et ovarienne du carcinome, la dernière seule nous arrêtera. Le néoplasme gastrique se présente presque toujours sous la forme du squirre. Sa structure ne saurait prêter à discussion. Il est en effet hors de doute pour tous les anatomo-pathologistes, partisans ou non de la théorie métastatique que la tumeur gastrique offre dans tous les cas les caractères d'une tumeur primitive. L'histologie des carcinomes gastriques est suffisamment connue pour que nous n'y revenions pas ici ; l'étude et l'interprétation de la tumeur ovarienne feront donc à elles seules l'objet de ce chapitre. En réalité, ces tumeurs, comme nous le verrons, ne diffèrent pas nettement de par leur aspect et leur structure du carcinome primitif de l'ovaire tel qu'il est décrit dans la thèse de Dreyfus, par exemple. Nous chercherons néanmoins à mettre en relief les différentes particularités, sur lesquelles les Allemands surtout ont insisté et grâce auxquelles ils ont individualisé une classe de tumeur désignée sous le nom de tumeur de Krukenberg, tout en reconnaissant d'avance combien dans certains cas cette différenciation peut être difficile.

Macroscopiquement, ces tumeurs sont très différentes les unes des autres. Tantôt la forme générale de l'ovaire se trouve respectée, suivant l'expression de Ziembiki, on se croirait en présence d'un ovaire démesurément agrandi. Tantôt les tumeurs sont irrégulièrement bosselées avec des kystes faisant saillie à l'extérieur. En général le néoplasme, au début tout au moins, est nettement encapsulé, la capsule est lisse de teinte rougeâtre ou foncée. Pendant une période assez longue de leur évolution, ces tumeurs restent libres dans la cavité abdominale flottant au milieu de l'ascite qui les accompagne. Plus tardivement, elles contractent des adhérences avec les organes du voisinage : utérus, intestin, vessie, paroi du bassin, aggravant ainsi le pronostic opératoire. Le volume de ces tumeurs est essentiellement variable et leur situation dépend en partie de leur dimension. Plus leurs dimensions augmentent, plus elles tendent à s'extérioriser du bassin et à devenir abdominales.

Une disposition surtout mérite d'attirer l'attention : c'est la bilatéralité des lésions. Les deux ovaires sont toujours envahis simultanément. Deux explications viennent immédiatement à l'esprit, on les trouve formulées par Glokner en Allemagne, par Dreyfus dans sa thèse. « La bilatéralité peut s'expliquer par le développement simultané de deux tumeurs identiques dans les deux ovaires ou par la contagion d'un ovaire à l'autre. » Ce qui, pour certains auteurs, plaiderait en faveur de cette dernière hypothèse, c'est qu'il existe le plus souvent une différence considérable entre le volume des deux ovaires. On voit parfois une tumeur

de l'ovaire à un stade avancé être saisie dans sa phase de début sur l'ovaire opposé.

Tous les auteurs, ou à peu près, sont d'accord pour reconnaître à ces tumeurs une structure riche en tissus conjonctifs. L'albuginée de l'ovaire est épaissie, de sa face profonde se détachent des bandelettes fibreuses qui, accompagnées de vaisseaux s'enfoncent dans l'intérieur de la tumeur. Elles délimitent ainsi entre elles des espaces et des fentes remplies par un tissu cellulaire beaucoup moins dense. En différents points irrégulièrement disséminées au milieu des autres éléments de la tumeur on aperçoit des amas des cellules épithéliales. Les unes à protoplasma clair difficilement visibles sont rondes ou polygonales, elles sont fréquemment vacuolaires. Le noyau se trouve refoulé à la périphérie et la cellule offre alors dans son ensemble un aspect caliciforme. Les autres, de dimensions plus restreintes, ont un protoplasma sombre se détachant nettement sur le reste de la préparation. Elles affectent entre elles des groupements assez divers, tantôt elles sont disposées en rangées uniques et tantôt présentent des images qui reproduisent assez exactement les acinis glandulaires.

Nous n'insisterons pas davantage sur la structure histologique de la tumeur. Un seul point est intéressant à élucider ; peut-on établir entre les deux tumeurs ovariennes et gastriques un rapport basé sur la seule anatomie-pathologique. Nos observations se groupent d'emblée en deux catégories : d'un côté, celles où histologiquement parlant le carcimome ovarien a été considéré comme secondaire, d'un autre côté celles

où, faute de preuves, les auteurs ont admis le développement simultané de plusieurs tumeurs malignes primitives. Dans le premier groupe rentrent toutes les observations allemandes que nous avons rencontré. Une seule fait exception, elle est rapportée par Bircher dans les *Archiv für Gynäkologie*, 1908. Elle n'est pas rapportée *in extenso*, il ne fait qu'indiquer les conclusions. Dans le second groupe rentrent presque toutes les observations françaises.

Schlagenhauser, Wagner, sont des plus affirmatifs, leurs observations leur paraissent absolument probantes. Pour Schlagenhauser, les observations I, II, VI, VII, VIII, démontrent nettement que la tumeur ovarienne n'est qu'une métastase de la tumeur gastrique. Sans doute, les tumeurs ovariennes ne sont pas toutes semblables entre elles et leur structure histologique est loin d'être identique. Mais, d'autre part, les carcinomes de l'estomac dont ces tumeurs ne sont elles-mêmes que des métastases, présentent bien entre eux, de leur côté, des différences considérables. Par contre, chez un même sujet, les tumeurs ovariennes et gastriques semblent être à peu de chose près superposables. Les légères différences que l'on rencontre peuvent s'expliquer aisément par la différence du terrain sur lequel la tumeur a eu à se développer successivement.

Dans les deux premières observations, on voit qu'il s'agit d'un carcinome de l'estomac infiltrant de petites cellules. Les deux tumeurs ovariennes correspondantes présentent exactement le même type histologique. Petites cellules, infiltration diffuse. Par endroits pour-

tant, on trouve des dispositions cellulaires qui, à un examen superficiel, auraient pu en imposer pour un endothéliome.

Schlagenhauser avoue n'avoir pratiqué que l'examen de la tumeur gastrique dans les observations III, et IV, Toutefois, étant donné l'histoire clinique de ces malades, il semble que l'on puisse assimiler ces deux cas aux observations précédentes. Outre ces huit cas personnels, Schlagenhauser a réuni dans la littérature 71 observations où en même temps qu'un cancer de l'estomac, de l'intestin ou d'un autre viscère abdominal existait une tumeur de l'ovaire : toujours, d'après ses conclusions, la tumeur de l'ovaire était une métastase de la tumeur abdominale.

Soit hasard, soit interprétation différente, les auteurs français sont, il faut l'avouer, beaucoup moins affirmatifs. Aucune des observations qui précède ne permet, en se plaçant sur le terrain purement histologique, d'affirmer avec certitude l'existence du carcinome secondaire de l'ovaire. Tout au plus, dans une observation de M. Goullioud trouvons-nous la conclusion suivante : « On peut aussi bien penser à une tumeur primitive de l'ovaire qu'à un carcinome secondaire à un cancer de l'estomac. »

La seule observation qui paraisse favorable à la théorie métastatique est celle de M. Souligoux. Elle est malheureusement peu détaillée et prête ainsi le flanc à la critique. L'examen histologique est ainsi résumé : « Il s'agit d'un épithélioma cylindrique de l'ovaire. Il faut donc admettre que la tumeur primitive est la tumeur stomacale. » Rien n'empêche de supposer qu'il s'agit

en réalité de deux tumeurs malignes développées simultanément.

Il semble, d'ailleurs, que l'anatomie pathologique ne puisse fournir que difficilement des preuves de la filiation des deux tumeurs. Les anatomo-pathologistes ne sont pas d'accord sur la signification qu'il convient de donner aux noyaux métastatiques et, d'ailleurs, les préparations souvent complexes peuvent donner lieu à des interprétations différentes suivant les auteurs.

Billroth pour affirmer que deux tumeurs développées simultanément dans l'organisme ne présentent entre elles aucun rapport, demande les trois conditions suivantes :

- 1° Points de départ distincts des tumeurs ;
- 2° Structure histologique différente ;
- 3° Métastases différentes.

M. Tripier, au contraire, admet que la métastase peut avoir une structure très différente de celle de son noyau d'origine. Le tissu de nouvelle formation semblable à celui de la tumeur primitive se substitue au tissu de l'organe envahi secondairement comme au tissu envahi autour de la tumeur. Mais cette ressemblance n'est pas une condition essentielle et, d'après M. Tripier, il y a là une erreur qui a pu faire méconnaître la nature véritable de certaines tumeurs. « Il résulte, en effet, de nos recherches que les formations secondaires sont toujours de même nature que la tumeur primitive, mais que leur structure peut présenter des variations notables dans beaucoup de cas et même très prononcées dans certains. » On conçoit dès lors, combien il devient difficile de trancher la ques-

tion par la simple comparaison des préparations. Peut-être cette différence de structure entre les deux noyaux gastriques et ovariens tient surtout à ce fait que les deux tumeurs se développent sur des organes aussi différents que l'estomac et l'ovaire. « Il est à remarquer que, d'une manière générale, le développement des noyaux secondaires dans un organe se fait d'autant mieux, avec des caractères d'autant plus conformes à ceux de la tumeur primitive que la structure de l'organe secondairement atteint se rapproche davantage, au moins dans les points envahis, de celle du tissu qui a dû donner naissance à la tumeur primitive. »

La seule raison que l'on puisse par conséquent invoquer en faveur du lien étroit unissant les deux tumeurs ovarienne et gastrique est la fréquence avec laquelle on constate cette coexistence. Il semble difficile d'admettre qu'il n'y ait là qu'un fait du hasard et qu'il n'y ait pas un rapport de cause à effet. Bircher lui-même dans son article conseille de ne porter le diagnostic de tumeurs malignes, multiples, primitives qu'avec la plus extrême prudence et seulement dans les cas entraînant complètement la conviction. Quoiqu'il en soit il semble que pour le moment il soit prématuré d'affirmer que le carcinome de l'ovaire est toujours secondaire. On ne peut que soupçonner dans certains cas le lien de parenté qui unit les tumeurs gastriques ovariennes.

PATHOGÉNIE

Les réponses incertaines et contradictoires fournies par l'anatomie pathologique ne permettent donc pas d'admettre toujours une filiation entre les deux tumeurs gastrique et ovarienne. On peut toutefois, avant d'aller plus loin, affirmer que lorsque cette filiation existe c'est la tumeur gastrique qui est primitive, la tumeur ovarienne qui est secondaire. Les examens histologiques d'une part, les faits cliniques de l'autre le démontrent. On sait en effet combien les néoplasies secondaires de l'estomac sont rares, elles présentent d'ailleurs des caractères qui permettent de les diagnostiquer assez aisément.

Reste à expliquer la préférence avec laquelle la métastase gastrique se localise au niveau des ovaires. Certains auteurs ont fait entrer en ligne de compte la situation des annexes placés en contre-bas dans la région inférieure de l'abdomen. Les éléments de contagion du cancer, quels qu'ils soient, arrivés à la surface de la séreuse péritonéale glisseraient tout naturellement au fond du sac péritonéal et viendraient se greffer au point le plus déclive sur les deux organes qui à ce niveau font saillie dans l'intérieur du péritoine.

A l'appui de cette opinion, M. Gangolphe, à la Société de chirurgie de Lyon a signalé les faits suivants : Cliniquement il aurait observé des malades chez lesquels on constatait la coexistence d'un néoplasme de l'estomac et d'un néoplasme de la prostate.

Ces faits sont intéressants à rapprocher les uns des autres mais la théorie n'en reste pas moins passible de graves objections. Wolfeim après de nombreuses expériences croit pouvoir affirmer que l'invasion de l'ovaire par sa superficie est impossible, l'épithélium ovarien jouant le rôle d'une membrane protectrice.

Kraus et Polona, au contraire, à la suite d'une série d'expériences entreprises sur des lapines ont vu que l'épithélium ovarien intact se laissait traverser par des grains d'encre de chine et par des bactéries. Les grains d'encre de chine cheminaient librement entre les cellules et non pas englobés par des leucocytes. Toutefois cette pénétration n'a lieu qu'en des points isolés et si l'on compare à ce point de vue l'épithélium ovarien à l'endothélium péritonéal, qui, lui, absorbe avec la plus grande facilité, on est autorisé à parler d'une imperméabilité relative de l'épithélium ovarien. Ces expériences ont été reprises sur des ovaires humains fraîchement enlevés et plongés dans une solution chaude de sérum physiologique. Les mêmes résultats ont été obtenus. Le rôle de défense prêté à l'épithélium ovarien est donc illusoire.

D'ailleurs périodiquement au moment de la rupture des follicules se produisent à la surface de l'ovaire des plaies physiologiques, véritables portes d'entrée ouvertes à l'infection, qui suffiraient à rendre super-

flu le rôle protecteur de l'épithélium. C'est en effet presque uniquement pendant la période où la vie génitale est encore en pleine activité que l'on rencontre ces métastases ovariennes. Les statistiques de Schlagenhauer sont assez probantes.

1 cas avant 17 ans		
1	—	18 —
3	—	20 —
8	—	25 —
8	—	30 —
6	—	35 —
4	—	40 —
15	—	45 —
8	—	50 —
3	—	de 50 à 61 ans.

La greffe néoplasique semble donc exiger pour se produire un ovaire sain ou du moins en pleine activité physiologique. Une glande atrophiée devient probablement inapte à recevoir les particules cancéreuses ou tout au moins elle ne leur offre plus un terrain de développement suffisant. Une observation de Schauta paraît démonstrative :

« Femme de trente-cinq ans. Réglée à dix-neuf ans. Tertipare. Entre à l'hôpital en mai 1907. Dernières règles en avril 1904.

« Début de l'affection il y a trois ans par des douleurs abdominales, de la constipation, des troubles généraux tels que : anorexie, perte des forces, amaigrissement. Depuis quatorze jours, vomissements et constipation opiniâtre. A l'entrée, malade amaigrie. Ventre distendu. Ascite. Estomac paraît dilaté. La

grande courbure est à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Par le toucher on sent une tumeur mobile dans le petit bassin et une induration dans la région pylorique.

« Le diagnostic se pose ainsi : Néoplasme du pylore et carcinome ovarien.

« Intervention pratiquée le 26 mai : Evacuation de l'ascite. Hystérectomie. Ovaire droit est plus gros que le poing, tandis que l'ovaire gauche est dur et de petit volume. On agrandit l'incision du côté du pylore, on trouve alors un volumineux néoplasme avec des métastases sur le péritoine. La pylorectomie est impossible ; on se contente de pratiquer une gastroguérisson.

« Examen histologique :

« Ovaire droit : carcinome de l'ovaire.

« Ovaire gauche : Atrophie. C'est manifestement un ovaire qui, au point de vue physiologique, était depuis longtemps supprimé. »

Schauta, dans les réflexions qui suivent, insiste sur ce fait que, contrairement à la règle générale, la métastase ne portait que sur un seul ovaire, et que précisément dans le cas particulier l'ovaire épargné était fonctionnellement annihilé. Il conclut en faisant jouer à l'éclatement du follicule, à la surface de l'ovaire, un rôle prépondérant pour la localisation du néoplasme.

F. Sternberg, après avoir revu les différentes observations, fait remarquer que la tumeur gastrique affecte presque toujours la forme du squirre. Ce sont des tumeurs évoluant du côté de la muqueuse digestive et

peu ou pas du côté de la séreuse péritonéale. On ne signale pas d'ulcérations siégeant à la surface du péritoine. Au contraire, le plus souvent le péritoine est respecté et les ulcérations siègent sur la muqueuse gastrique. On comprend dès lors difficilement comment les éléments de contagion du cancer sont déversés dans le sac péritonéal. Krause, Schauta admettent il est vrai, pour les besoins de la cause et sans apporter de preuves, l'existence d'ulcérations de petites dimensions difficiles à déceler même à un examen soigneux, visibles au microscope seulement et suffisantes pourtant pour livrer passage aux éléments néoplasiques. On serait donc peut-être conduit à admettre la contagion par voie sanguine ou lymphatique, comme elle existe pour les tumeurs siégeant en dehors de la cavité abdominale. On cesse alors de s'expliquer la fréquence avec laquelle la métastase vient se greffer sur les ovaires. Pourtant, d'une façon générale, tous les auteurs envisagent comme possible l'invasion par les trois voies sanguine, lymphatique ou péritonéale, sans apporter d'autres éclaircissements.

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Nous ne chercherons pas à faire ici la symptomatologie des tumeurs ovariennes ou gastriques; nous signalerons seulement les quelques points particuliers qui résultent de l'association de ces deux affections.

Au point de vue étiologique, nous ne trouvons rien de spécial. Tous les auteurs, comme nous l'avons déjà vu, s'accordent à déclarer que l'affection se rencontre surtout chez les femmes jeunes, très rarement après la ménopause. De même, les multipares seraient plus souvent atteintes que les femmes vierges ou nullipares.

Ce qui frappe à la lecture des observations, c'est avant tout la difficulté que paraît présenter le diagnostic. Nous laissons, bien entendu, de côté les cas où les malades opérés pour un carcinome de l'estomac reviennent au bout d'un temps plus ou moins long avec une récurrence ovarienne. Le diagnostic, relativement aisé, se fait alors en deux temps. Bien plus complexe est le cas où les deux affections évoluent simultanément. La plupart du temps, la tumeur gastrique passe inaperçue, sa métastase très volumineuse attire seule l'attention, et c'est à elle seule que l'on impute les signes fonctionnels présentés par la malade. C'est

seulement au moment de l'ouverture de la paroi que l'on trouve au niveau du pylore la tumeur primitive.

A la période d'état, les signes fonctionnels sont assez vagues : amaigrissement, perte des forces, diminution de l'appétit. Quelques symptômes sont, toutefois, à retenir, qui pourraient aiguiller le diagnostic du côté de la double lésion. Les vomissements attireront naturellement l'attention du côté de l'estomac. Malheureusement, comme nous l'avons dit, la tumeur gastrique a souvent une évolution très atténuée ; les symptômes qu'elle présente manquent de netteté, et des vomissements, quand ils ne présentent pas de caractères bien déterminés, n'indiquent pas forcément une lésion gastrique. Ils peuvent, d'ailleurs, exister au cours du carcinome primitif des ovaires. Dreyfus les signale dans sa thèse. Ils s'accompagneraient alors, il est vrai, de crises douloureuses intenses pouvant amener des signes de collapsus. Les douleurs localisées dans le bas-ventre, les troubles menstruels surtout caractérisés par l'aménorrhée feront penser à une affection utéro-annexielle.

Les malades, très amaigries, se présentent généralement porteurs d'une ascite volumineuse. Cette ascite, due, d'après les uns, à la compression veineuse, d'après les autres, à l'irritation péritonéale ou aux greffes néoplasiques développées sur le péritoine, se reproduit rapidement après la ponction : elle est claire ou séro-sanguinolente. Les troubles fonctionnels qu'elle engendre compliquent singulièrement le diagnostic. Dans deux observations, nous voyons que l'on

a porté successivement le diagnostic d'asystolie et de tuberculose.

C'est seulement après évacuation de l'ascite que l'on pourra sentir par le palper et le toucher combinés, la tumeur ovarienne présentant les signes caractéristiques ordinaires : tumeur double, bosselée, indolore, développée dans le bassin, indépendante de l'utérus. L'affection gastrique passe fréquemment inaperçue. Dans un cas (obs. V), nous voyons même que, au cours de l'intervention, le néoplasme que l'on soupçonnait passa inaperçu. Quelques semaines plus tard, à l'autopsie, on découvrit un cancer du pylore. De là cette règle générale : Chez tout malade qui présente une tumeur double des ovaires à allure maligne, il faut soigneusement explorer les viscères abdominaux et particulièrement l'estomac ; ne pas négliger de pratiquer l'examen radioscopique, le chimisme gastrique, et l'examen des matières (recherche du sang). C'est quelquefois uniquement en se basant sur l'ensemble des signes résultant d'un examen complet que l'on pourra arriver à poser un diagnostic exact.

L'importance du diagnostic précoce n'échappe à personne. Le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation des deux lésions, et leur opérabilité dépend de l'époque même à laquelle le chirurgien est appelé à intervenir. L'exérèse simultanée des ovaires et de l'estomac n'a d'ailleurs jamais été pratiquée jusqu'ici.

Dans cinq cas (obs. III, IV, VII, VIII, IX), l'hystérectomie seule a été faite, le néoplasme de l'estomac ayant passé inaperçu. Dans un cas, pourtant, comme nous l'avons dit, on le soupçonnait. La mort est sur-

venue dans un laps de temps variant de deux à quatorze mois.

Dans une seule observation (V) au cours de l'hystérectomie pratiquée en premier lieu on découvrit un néoplasme du pylore qui occasionnait des phénomènes de sténose. Au cours d'une deuxième intervention, on redonnut l'impossibilité de l'ablation totale, et on se contenta de la gastro.

Enfin, dans quatre observations (II, VI, X, XII), il n'y a pas eu d'interventions pratiquées soit que comme dans le cas de MM. Laroyenne et Bosquette, les lésions fussent trop accusées, soit qu'un diagnostic erroné ait été posé : Tuberculose, asystolie.

D'autre part, en présence de toute malade relativement jeune et présentant un néoplasme du pylore il faudra songer à la possibilité d'une tumeur des annexes. Dans deux observations appartenant à M. Goullioud et à M. Tixier, nous voyons en effet que la pylorectomie pratiquée dans un premier temps a dû être suivie d'une hystérectomie pour cancer double des ovaires. Les résultats ont d'ailleurs été satisfaisants. Dans le cas de M. Goullioud, la survie a été de dix mois, puis le cas de M. Tixier, six mois après la dernière intervention la malade est encore en bonne santé.

L'examen du petit bassin devra donc être pratiqué soigneusement chez les malades porteurs d'un carcinome gastrique. Malheureusement, les moyens d'investigation sont limités, le toucher seul permet de se rendre compte de l'état des annexes. Or, d'après Schenk et Sitzenfrey, des ovaires paraissant sains par le toucher ou par l'examen macroscopique au moment

d'une intervention peuvent être déjà envahis par des éléments néoplasiques.

« (Obs. a). Femme ayant néoplasme inopérable du pylore avec des phénomènes de sténose. Gastro-entéro-anastomose. Meurt, trois mois après, cancer pylorique non encore diffusé à la séreuse. Adénopathies rétro-péritonéales et lombaires. Noyaux secondaires dans pancréas et péricarde. Ovaires ont l'aspect sain. Examen histologique montre que les deux ovaires sont infiltrés dans leurs couches superficielles d'un semis de nodules métastatiques.

« (Obs. b). Malade soignée pendant deux mois pour des métrorragies, succombe assez rapidement avec des phénomènes de cachexie. A l'autopsie : Estomac biloculaire avec cancer ulcéré au niveau du point rétréci, deux kystes uniloculaires des ovaires sans trace de dégénérescence. Cette fois encore, l'examen histologique montra au niveau du hile des kystes de nombreux nodules épithéliomateux et des cellules néoplasiques infiltrant les vaisseaux et les gaines lymphatiques. »

Schenk et Sitzenfrey, en arrivent tout naturellement aux conclusions suivantes. Il est très difficile, impossible même de se rendre compte de l'état des ovaires. Il vaut donc mieux les supprimer systématiquement. La castration complémentaire de la pylorectomie aurait d'ailleurs l'avantage (même en admettant que l'ovaire soit encore sain) de supprimer un des lieux d'élection des récidives. Sans vouloir aller aussi loin, étant donné la gravité d'une telle intervention et l'état précaire où se trouvent souvent ces malades, il n'en est pas moins vrai qu'il convient après toute pylorectomie

de suivre ces malades de fort près, de les toucher assez fréquemment, de façon à pouvoir intervenir en cas de nécessité tout au début, avant que la tumeur ovarienne n'ait pris des proportions trop considérables.

CONCLUSIONS

I. — Les cancers doubles de l'ovaire coexistent fréquemment avec une autre tumeur abdominale et en particulier, avec un cancer de l'estomac.

II. — Le néoplasme gastrique, presque toujours un squirre, présente tous les caractères d'une tumeur primitive. Le cancer de l'ovaire est d'une interprétation plus difficile. Sauf quelques cas nettement tranchés, l'examen des préparations prête à discussion. On peut l'envisager soit comme une tumeur primitive, soit comme une métastase de la tumeur gastrique. Cette dernière opinion, la plus vraisemblable, est celle des auteurs allemands ; en France, on ne trouve encore que peu d'observations démonstratives.

III. — En présence d'un cancer double des ovaires, il faudra toujours se méfier de la coexistence possible d'un cancer gastrique. Et inversement chez toute malade gastrectomisée, surveiller la récurrence ovarienne.

IV. — Le diagnostic de la double lésion est difficile.

Le cancer gastrique évolue très insidieusement et passe souvent inaperçu.

V. — Le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation des deux lésions lorsqu'elle est possible.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (A.)

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 juin 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AMANN (J.-A.), *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1906, p. 1365.
- BIRCHER, Combinaison du carcinome de l'ovaire avec d'autres tumeurs (*Arch. f. Gynäkologie*, Bd. LXXXIII).
- BRET et PAVIOT, *Revue de médecine*, 1894, p. 394.
- BRUNNER, *Deutsche Wochenschrift*, 1907, II, 296.
- BODE, *Centralblatt für Gynäkologie*, 1896, p. 656.
- CONDAMIN, *Lyon médical*, 1902.
- DOBRATVORSKI, *Tumeurs solides bilatérales des ovaires* (thèse de Paris, 1902-1903).
- DREYFUS, *Carcinome primitif de l'ovaire* (thèse de Paris, 1906-1907).
- DARTIGUES, Thèse de Paris, 1899.
- ENGELHORN, *Centralblatt für Gynäkologie*, 1907.
- GLOKNER, *Centralblatt für Gynäkologie*, 1903.
- GOULLIÖUD, *Cancer de l'ovaire et cancer de S illiaque* (*Lyon médical*, 1902).
- *Revue de Gynécologie*, 1907.
- *Lyon médical*, 1907, p. 301.
- GRIFFON et LEVEN, *Bulletin de la Société anatomique*, 1899.
- HARTMANN, *Annales de Gynécologie*, mai 1905.
- KRUKENBERG, *Arch. für Gynäkologie*, Bd. L. p. 287.
- KRAUS, *Monatschrift für Geb. und Gynäkologie*, Bd. XIV.
- LE DENTU, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1901, p. 352.
- LERICHE, Thèse de Lyon, 1905-1906.
- LECORNU, *Presse médicale*, 1902, p. 57.
- LANNELONGUE, *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1898.
- LAROYENNE et BOSQUETTE, *Lyon médical*, 1908.
- MÉNÉTRIER, in Brouardel et Gilbert, *Cancer de l'ovaire*.
- OLSHANSEN, *Deutsche med. Woch.*, 1902.
- OZENNE, *Société anatomique*, 1880.
- PICQUE, *Société de chirurgie*, Paris, 1899.
- POLONO, *Centralblatt für Gynäkologie*, 1907, p. 784.

- POUCHET, *Archives provinciales de chirurgie*, 1907.
POZZI, *Traité de Gynécologie*, p. 1033.
QUÉNU, *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1901.
RÖMER, *Arch. für Gynäkologie*, Bd. LXVI,
SAUTER, *Monatschrift f. Geb. und Gynäkologie*, 1901.
SCHAUTA, *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1907, p. 112.
STIKEL, *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1907, p. 275.
SCHENK, *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1904, p. 639.
SCHENK et SITZENFREY, *Zeitschr. f. Geburt. und Gynäkologie*,
Bd. LX.
SCHLAGENHAUFER, *Monat. f. Geburt. und Gynäkologie*, Bd. XV.
SOULIGOUX, *Société anatomique*, Paris, 1901.
TRIPIER, *Anatomie pathologique*, p. 922.
TIXIER, *Lyon médical*, 1909.
VIGNES, *Carcinome de l'ovaire* (thèse de Bordeaux, 1895).
WAGNER, *Wiener klin. Woch.*, 1902.

